

**División de Vacunación del Departamento Estatal de Servicios de Salud (DSHS)
Programa de Vacunación de Protección Para Adultos**

REGISTRO DE EVALUACIÓN SOBRE LA ELEGIBILIDAD DE ADULTOS

PROPÓSITO: Determinar y registrar la elegibilidad para participación en el Programa de Vacunación de Protección Para Adultos de DSHS. Se debe guardar un registro del estado de la elegibilidad de los adultos que reciban vacunas suministradas por DSHS ya sea en copia impresa o en un sistema electrónico como TWICES. Las copias impresas se deben guardar por tres años. Se puede utilizar el registro en todas las visitas siguientes en tanto el estado de elegibilidad del paciente no haya cambiado. No se requiere la verificación de las respuestas; es una autodeclaración de elegibilidad por parte del adulto que se presenta para recibir servicios.

Fecha de Evaluación: ____/____/____

Nombre: _____
(Apellido) (Primer Nombre) (Inicial)

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Criterios de Elegibilidad

Declaro que reúno los requisitos de vacunación del Programa de Vacunas para Niños y Adultos de Texas porque (marque la primera categoría que corresponda; marque sólo una):

- (a) No tengo seguro de salud o
- (b) Cuento con un seguro de salud limitado (mi seguro de salud **No** paga por las vacunas, no puedo pagar el copago o el deducible o tengo seguro que provee cobertura limitada de bienestar y prevención).

Firma del Paciente: _____ Fecha: ____/____/____

NOTA: No se exige que las clínicas de VIH/enfermedades venéreas que participan en la iniciativa especial de la hepatitis B usen este formulario; todos los clientes en clínicas de VIH/enfermedades venéreas tienen derecho a recibir la vacuna contra la hepatitis B. Se requiere el formulario si la clínica de VIH/enfermedades venéreas provee vacunas distintas a la de la hepatitis B.

Usted tiene derecho a solicitar y a ser informado sobre los datos que el estado de Texas colecciona sobre usted, con ciertas excepciones. Usted tiene derecho a recibir y examinar la información al solicitarla. También tiene derecho a pedir a la agencia que corrija cualquier información que se determine ser incorrecta. Consulte <http://www.dshs.state.tx.us> para informarse sobre la notificación de privacidad. (Fuente: Código Gubernamental, sección 552.021, 552.023 y 559.004).

